

**PENGALAMAN SUPPORTIVE ENVIRONMENT DALAM TIAP  
TAHAP RECOVERY SURVIVOR SKIZOFRENIA DI  
KALIMANTAN BARAT**

**Nurul Hidayah<sup>1\*</sup>, Nadia Rahmawati<sup>2</sup>, Nisma<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Dept. of Mental Health Nursing, STIKes Yarsi Pontianak

<sup>2</sup>Dept. of Maternity and Children, Tanjungpura University

<sup>3</sup>Dept. of Maternity and Children, STIKes Yarsi Pontianak

Email Korespondensi: nurul16040@mail.unpad.ac.id

Disubmit: 29 November 2023    Diterima: 21 Januari 2024    Diterbitkan: 01 Februari 2024  
Doi: <https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i2.13175>

**ABSTRACT**

*The treatment of mental disorders in Indonesia currently still relies on the principle of cure alone as the main therapy. In fact, the causes of mental disorders are multicomplex and do not stand alone, starting from genetic factors, birth conditions, brain injury, trauma, social pressure, and stress can cause mental disorders. Therefore, there is a need for a solution to overcome this disease by empowering patients, through a recovery process with support from those closest to them (supportive environment). Supportive environments have an important role in mental disorders, whether they are the cause of mental disorders or the process of treating and healing individuals or family members who experience mental disorders. The recovery process that patients undergo is not just to recover from illness, but to make the lives of people who experience limitations due to their illness more meaningful. Recovery emphasizes that although individuals cannot control the symptoms of their illness, they can control their lives. This research is to explore the life experiences of supportive environment components in each stage of recovery of schizophrenia survivors in West Kalimantan. This research design uses descriptive qualitative with a descriptive phenomenological approach. The population in the research is the supportive environment component. The number of participants was determined using a purposive sampling technique, namely 6 participants consisting of 4 families who cared for schizophrenia survivors and 2 nurses in charge of social welfare programs at the Community Health Center. Supportive environment experiences were explored through in-depth interviews and data analysis using the Colaizzi method. 3 themes were obtained from the research, namely: 1) Economic and psychological burden on families as caregivers, 2) Lack of knowledge of nurses in carrying out early detection of mental health and 3) Lack of completeness of supporting human health services at Community Health Centers.*

**Keywords:** Recovery, Supportive Environment, Schizophrenia Survivor

**ABSTRAK**

Penanganan gangguan jiwa yang ada di Indonesia saat ini masih mengandalkan prinsip *cure* saja sebagai terapi utama. Padahal, penyebab gangguan jiwa itu

multikompleks tidak berdiri sendiri mulai dari faktor genetik, kondisi parakelahiran, cedera otak, trauma, tekanan sosial, hingga stres bisa menyebabkan gangguan mental. Oleh sebab itu perlu adanya solusi untuk mengatasi penyakit tersebut dengan cara melakukan pemberdayaan pada pasien, melalui sebuah proses *recovery* dengan dukungan dari orang terdekat (*supportive environment*). *Supportive environment* memiliki peranan penting terhadap gangguan jiwa entah menjadi penyebab dari gangguan jiwa ataupun proses pengobatan dan penyembuhan individu atau anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Proses *recovery* yang dijalani pasien bukan hanya untuk sekadar pulih dari penyakit, tapi untuk membuat kehidupan orang yang mengalami keterbatasan akibat penyakitnya menjadi lebih berarti. *Recovery* menekankan bahwa meskipun individu tidak bisa mengontrol gejala penyakitnya tapi mereka bisa mengontrol kehidupan mereka. Penelitian ini yaitu untuk mengeksplorasi pengalaman hidup komponen *supportive environment* dalam tiap tahap *recovery survivor skizofrenia* di Kalimantan Barat. Rancangan penelitian ini menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Populasi dalam penelitian yaitu komponen *supportive environment*. Jumlah partisipan ditentukan melalui teknik *purposive sampling* yakni 6 partisipan yang terdiri dari 4 orang keluarga yang merawat *survivor skizofrenia* dan 2 orang perawat penanggung jawab program keswa di Puskesmas. Pengalaman *supportive environment* digali melalui wawancara mendalam dan analisa data menggunakan metode Colaizzi. Penelitian diperoleh 3 tema yaitu : 1) Beban ekonomi dan psikologis keluarga sebagai caregiver, 2) Kurangnya pengetahuan perawat dalam melakukan deteksi dini Kesehatan jiwa dan 3) Kurangnya kelengkapan penunjang pelayanan keswa di Puskesmas.

**Kata Kunci:** *Recovery, Supportive Environment, Survivor Skizofrenia*

## PENDAHULUAN

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh pengalaman peneliti saat melakukan kegiatan *Field Experience* di wilayah kerja Puskesmas Sungai Durian Kabupaten Kubu Raya. Dari hasil analisa dapat disimpulkan rata-rata proses *recovery* klien berada pada tahapan primer "*Moratorium*", dimana klien belum memiliki kesadaran bahwa dirinya sakit dan menolak atas kondisinya saat ini, serta *insight* klien juga masih buruk.

Beberapa pasien gangguan jiwa sudah mampu melakukan pekerjaan yang menghasilkan rupiah sedangkan sebagian yang lain hanya melakukan pekerjaan sederhana seperti memasak, bersih-bersih rumah, mengasuh anak, bercocok tanam, dan belanja dipasar. Sebagian besar pasien gangguan jiwa

tidak menjalankan aktivitas pendidikan formal. Masalah perawatan diri juga terjadi ditunjukkan dengan adanya pasien yang tidak mau mandi, tidak mau berganti pakaian, tidak mau memotong kuku yang panjang, tidak merapikan rambut dan tidak mencuci tangan.

Pengalaman individualistik *survivor skizofrenia* dalam proses *recovery* dapat secara langsung berkontribusi pada pemulihan orang lain. Adanya keterlibatan teman sejawat dikaitkan dengan layanan inovatif yang berorientasi pada proses *recovery* (Mead S, 2005). Menurut Castelein (2015) *peer support* dalam banyak kondisi medis telah terbukti dapat meningkatkan fungsi dengan mendorong penerimaan, penanganan dan perumusan tujuan

baru yang disesuaikan yang memberikan makna dan identitas. Dalam skizofrenia, dukungan sebaya muncul sebagai pelengkap baru dan berpotensi efektif untuk perawatan yang ada, yang bertujuan untuk meningkatkan dukungan sosial di antara populasi yang terisolasi secara sosial.

Ini memiliki potensi untuk meningkatkan pemulihan pribadi dalam arti mengejar dan mencapai tujuan baru dan mulai hidup melampaui kekacauan. Namun, ini hampir tidak dipelajari di kelompok pendukung sebaya untuk gangguan psikotik. Basis bukti menjanjikan, namun lapangan membutuhkan uji coba yang lebih ketat dan pragmatis dengan pengukuran lanjutan untuk membangun basis bukti yang kokoh. Selain itu, prosedur harus dikembangkan untuk menjamin kontinuitas, untuk mengkompensasi masalah kognitif dan gejala negatif, dan untuk meningkatkan tolerabilitas pendekatan kelompok pada orang-orang dengan perubahan dalam kognisi sosial dan sumber daya kognitif yang cepat habis, terutama di lingkungan sosial (Khoirudin, 2021).

Menurut Slade (2015), dalam recovery oriented service pengguna layanan adalah pengambil keputusan utama, ini tidak berarti bahwa staf melakukan apa saja yang orang katakan, jelas seorang pekerja tidak dapat bertindak tidak etis atau berkolusi dengan individu dalam tindakan yang merusak. Tapi orientasi dasarnya adalah berusaha secara aktif untuk dipimpin oleh individu. Ini berarti bahwa perspektif profesional adalah salah satu cara yang sangat membantu untuk memahami pengalaman para survivor, namun bukan satu-satunya cara yang mungkin.

Sebuah istilah yang digunakan untuk menggambarkan jenis hubungan kemitraan antara staf

pelayanan kesehatan mental dengan para survivor adalah mutualitas pandangan bahwa kita semua telah pulih dari tantangan, dan ini sangat membantu untuk menekankan kesamaan ini. staf pelayanan kesehatan mental siap untuk bekerja bersama dan akan lebih banyak terpapar dengan para survivor dan para staf akan banyak memberikan pilihan daripada memperbaiki masalah. Para staf mungkin juga ditantang, dipengaruhi dan diubah oleh para pengguna jasa. Terdapat gaya komunikasi khusus yang menonjol dalam layanan berorientasi recovery adalah pembinaan.

Menurut Salde (2015), survivor skizofrenia tidak hanya pulih dari penyakit jiwanya akan tetapi juga harus memulihkan perasaan emosionalnya, fisik, intelektual, sosial dan spiritualnya juga. Menjalin hubungan dengan orang lain dimasyarakat dan secara aktif terlibat dalam kehidupan merupakan sumber kesejahteraan yang sangat penting. Banyak survivor yang mengidentifikasi bahwa sebuah keyakinan dapat menjadi dukungan yang sangat penting saat mereka merasa ditinggal orang lain dalam proses recoverynya di masyarakat. Penderita gangguan jiwa perlu mempunyai jaringan kekerabatan atau pertemanan yang mendukung dan bisa memberikan harapan, kehangatan serta persaudaraan. Mereka yang hidupnya menyendiri atau terisolasi akan lebih mudah untuk kembali kambuh penyakitnya. Komunitas tersebut bisa diciptakan dengan mengikuti beberapa kegiatan sosial di masyarakat seperti kegiatan pengajian, olahraga, arisan atau kegiatan yang terkait dengan hobi (Setiadi, 2014).

Proses penyembuhan gangguan jiwa adalah proses yang panjang dan penuh tantangan, yang sangat dibutuhkan dalam proses recovery

adalah bagaimana seorang individu dapat menemukan dan menghadapi setiap tantangan dari keterbatasan akibat penyakitnya dan membangun kembali integritas diri yang baru yang lebih berarti agar dapat hidup, bekerja, dan berkontribusi di masyarakat. Oleh karena itu selama menjalani proses recovery, seorang individu sangat membutuhkan supportive environment dari keluarga, tetangga, masyarakat, pemerintah dan pihak swasta (Suryani, 2018). Sejalan dengan Stuart (2009) proses recovery tidak hanya melibatkan pemerintah sebagai peran utama, tim multidisiplin lain yang terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa adalah psikiater, pekerja sosial, perawat dan tenaga lainnya. Akan tetapi fokus utama dalam proses recovery ini adalah keluarga dan komunitas, karena disana lah kehidupan seorang survivor setelah pulang dari rumah sakit.

Supportive environment merupakan sebuah dukungan yang diberikan kepada survivor agar dapat nyaman dalam menjalani kehidupan. Ada beberapa hal yang sangat prinsip dalam proses recovery bagi survivor yakni : lingkungan dan keluarga yang tidak memandang ODGJ sebagai “penyakit” yang harus dihindari, tidak memandang pengalaman survivor sebagai pengalaman yang aneh dalam melawan penyakitnya, tidak mengucilkannya dilingkungan keluarga maupun lingkungan sekitar rumah, dapat menciptakan ruang yang nyaman agar survivor dapat berbagi cerita mencurahkan isi hatinya dan keluh kesahnya, menghargai proses recovery survivor serta membantu survivor mengatasi kehidupannya. Sehingga nantinya pasien tidak merasa sebagai “orang gila” dilingkungan keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya (Suryani, 2018).

Berdasarkan uraian diatas , maka peneliti mencoba untuk mendapatkan gambaran yang lebih mendalam mengenai pengalaman supportive environment dalam tiap tahap recovery skizofrenia dengan menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif.

## TINJAUAN PUSTAKA

Recovery dalam Kesehatan jiwa tidak berfokus pada pengobatan, tetapi lebih menekankan kepada suatu proses interaksional, dinamis dan berkelanjutan antara kekuatan, kelemahan, sumberdaya lingkungan dll. Recovery lebih menegaskan bagaimana individu mengatasi tantangan setiap harinya, untuk dapat hidup mandiri dan berkontribusi terhadap masyarakat, adanya harapan, keyakinan, kekuatan pribadi dalam menentukan nasibnya sendiri (Pongdatu, 2023).

Istilah recovery memiliki makna yang sederhana dan cukup jelas dalam kehidupan sehari-hari, istilah ini dapat dimaknai sebagai “free from symptoms” dan “return to healthy stage and wellbeing” (Bellack, 2006), atau hanya digambarkan sebagai “back to normal” (Golightley, 2011). (Mountain, 2016) menyatakan bahwa dalam berbagai literatur terkait recovery memberi kesan bahwa proses recovery telah digunakan dengan cara yang berbeda dan beragam, dapat berupa pendekatan model, philosophy, paradigm dan movement or version.

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang parah, ditandai dengan gangguan yang mendalam dalam berpikir, mempengaruhi bahasa, persepsi, dan rasa diri. Ini termasuk pengalaman psikotik, seperti mendengar suara atau delusi, sehingga dapat menyebabkan

gangguan dalam proses belajar, bekerja maupun kegiatan sehari-hari (Siti, 2022); (Kurniawan, 2022).

Etiologi Stuart (2013) membagi gejala skizofrenia menjadi 2 yaitu : a. Faktor predisposisi Biologis Baru dipahaminya respons neurobiologis yang maladaptif karena abnormalitas perkembangan sistem saraf, hal ini dibuktikan dalam beberapa penelitian yaitu : a) Lesi area frontal, temporal, dan limbik akan menyebabkan perubahan dalam perilaku psikotik, juga terdapat pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan atrofi otak. b. Zat kimia otak yang berkaitan dengan skizofrenia seperti dopamin neurotransmitter berlebihan, dopamin dan neurotransmitter lainnya tidak seimbang terutama serotonin serta dapat juga karena sistem reseptor dopamin yang bermasalah. c. Gen dalam keluarga juga memiliki pengaruh yang besar terjadinya skizofrenia, kembar identik yang dibesarkan terpisahpun memiliki angka kejadian skizofrenia lebih tinggi daripada saudara sekandung yang tidak identik. Penelitian terbaru berfokus pada gene mapping (pemetaan gen) dalam keluarga menunjukkan keturunan pertama lebih rentan terjadi skizofrenia dibandingkan populasi secara umum (Anggraeni, 2022).

Psikologis Teori psikodinamika terjadinya respon neurobiologis yang maladaptif belum didukung penelitian, faktor psikologis lebih menyalahkan keluarga sebagai penyebabnya hal ini menjadikan keluarga kurang percaya dengan tenaga kesehatan jiwa profesional. Sosiobudaya Penumpukan stress dapat menunjang awitan skizofrenia dan gangguan lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama. b. Faktor pencetus. Biologis Stressor biologis yang menyebabkan respons neurobiologis maladaptif seperti

gangguan saat komunikasi, abnormalitas pada mekanisme otak sehingga mengakibatkan ketidakmampuan seseorang menanggapi stimulus secara selektif. Lingkungan Gangguan perilaku dapat disebabkan pula oleh ambang toleransi terhadap stress yang secara biologis berinteraksi terhadap stressor lingkungan.

## METODOLOGI PENELITIAN

Pada penelitian ini peneliti menggunakan rancangan penelitian deskriptif kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan suatu penelitian yang bertujuan untuk memahami suatu fenomena dalam konteks sosial secara alamiah dengan mengedepankan proses interaksi komunikasi yang mendalam antara peneliti dengan fenomena yang diteliti (Polit & Beck, 2008). Penelitian kualitatif pada penelitian ini bertujuan untuk menggali dan memahami makna yang terjadi pada komponen supportive environment dalam masa pemulihan survivor. Pendekatan kualitatif yang digunakan pada penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif bahwa setiap pengalaman merupakan hal yang penting dan bermakna, dan untuk memperoleh esensinya maka harus mendalami pengalaman tersebut tanpa ada pandangan dan intervensi dari luar.

Pendekatan fenomenologi digunakan untuk mempelajari fenomena pada manusia. Fokus penelitiannya yaitu mendeskripsikan bagaimana pengalaman hidup dan membangun suatu makna (Streubert & Carpenter, 2007). Suryani, Welch, dan Cox (2016) juga mengatakan bahwa penelitian deskriptif fenomenologi cocok digunakan dalam penelitian ini karena berkaitan dengan kehidupan orang-orang aktual yang telah mengalami pengalaman yang spesifik. Peneliti

menginterpretasikan, menganalisis, dan mendeskripsikan data secara mendalam, lengkap, dan terstruktur. Hal ini peneliti lakukan agar memperoleh intisari dari pengalaman hidup komponen supportive environment sehingga membentuk kesatuan makna dari pengalaman itu sendiri yang dibentuk secara narasi, cerita, dan bahasa masing-masing.

Waktu penelitian akan dilaksanakan pada bulan Juni 2021 dan lokasi penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kota Pontianak dan Kabupaten Kubu Raya. Peneliti menemui secara langsung partisipan di masing-masing puskesmas tersebut. Setting tempat pemilihan partisipan yaitu partisipan yang pernah merawat, /menjalin ralisasi dengan survivor skizofrenia yakni keluarga. Jumlah partisipan ditentukan melalui teknik purposive sampling yakni 6 partisipan yang terdiri dari 4 orang keluarga yang merawat survivor skizofrenia dan 2 orang perawat penanggung jawab program keswa di Puskesmas. Penelitian ini sudah lolos uji etik dengan nomor uji etik 160/II.1AU/KET.ETIK/VI/2021.

## HASIL PENELITIAN

Pada penelitian ini diperoleh beberapa tema yakni:

### **Tema 1: Beban ekonomi dan psikologis keluarga sebagai caregiver**

Pada tema beban ekonomi dan psikologis keluarga sebagai caregiver diungkapkan oleh seluruh partisipan keluarga selama merawat anggota keluarga yang sakit, Partisipan K1 mengungkapkan bahwa selama merawat anaknya ia terkadang merasa kesal berikut pernyataannya: *K. 1”...kalo lagi ga sadar itu mengesalkan sekali, tapi bagaimana yah kalo lagi ga stabil suka memusingkan, suka menakutkan,*

*suka apa sedikit sedikit marah bicaranya gitu, ngomongnya kemana ajah ngelantur, suka semaunya, suka gak mau denger pendapat orang lain...yaa kondisinya beda sama orang normal kalo dibilang...trus kalo buat berobat kadang kita harus hemat ya gimana lagi bu saya Cuma janda kalo ngarepin dari uang pensiunan suami kadang ga cukup jadi saya sambil jual kue, anak saya yang bantu titip kewarung.....”*

Hal yang serupa juga diungkapkan oleh K 2 yang mengungkapkan perasaan takut saat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa mengalami kekambuhan, berikut pernyataannya:

*K.2”....yaa kalo udah jadi halusinasinya denger suara-suara suka ngomong sendiri bu suka marah, suka gak dengerin kalo di kasih tau.....kadang suka takut kalo lagi ngamuk,....dan keluarga sudah banyak bantu terutama untuk berobat, sudah banyak habisnya hehhe....”*

Partisipan K.3 juga memiliki respon yang hampir sama dengan partisipan K.4 saat merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, berikut pernyataannya:

*K.3”....menurut saya orang yang sakit kayak gini pengobatannya lama kakak saya ini sudah belasan tahun keluar masuk rumah sakit, kada ada rasa Lelah juga dari keluarga, biaya yang dikeluarkan juga sudah banyak tapi sekarang sudah ada BPJS agak terbantu ....”*

Hal yang sama juga diungkapkan oleh K.4 yang , berikut pernyataannya :

*K.4”.....kondisi kakak saya sekarang alhamdulillah sudah stabil, dan perjalanan penyakitnya lumayan lama udah puluhan tahun tapi alhamdulillah keluarga saling bantu dalam bentuk materi ada, rasa capek kadang ada dulu pas nganter*

*bolak balik ke rumah sakit trus kontrol...”*

### **Tema 2: Pengetahuan perawat dalam melakukan deteksi dini Kesehatan jiwa masih kurang optimal**

Tema pengetahuan perawat dalam melakukan deteksi dini Kesehatan jiwa masih kurang optimal didukung langsung dari pernyataan perawat pemegang program kesehatan jiwa. Pk 1 mengungkapkan bahwa peran perawat seharusnya dapat melakukan deteksi dini pada gangguan jiwa akan tetapi perawat suka lupa dalam melakukan implementasi tersebut, berikut pernyataannya:

*Pk.1 “.....Peran ibu disini sebagai perawat puskesmas,, ibu harusnya dapat melakukan deteksi dini gangguan jiwa di dalam gedung Puskesmas harusnya tapi ibu suka lupa caranya.....”*

Partisipan Pk 2 juga membenarkan bahwa tidak efektifnya implementasi deteksi dini pada gangguan jiwa karena perawat masih mengikuti instruksi dokter puskesmas dalam memberikan pelayanan, berikut pernyataannya:

*Pk.4.8“.....ada deteksi dini penyakit gangguan jiwa kita pernah dikasih pelatihan di dinkes juga yaa tapi kurang optimal kadang aplikasinya di lapangan,, soalnya kan yang pegang langsung dokter umum,, sedangkan yang ikut pelatihan kemarin perawat jadi yaa kadang suka ngikut ajah,, kalo udh diperiksa dokter gitu....”*

### **PEMBAHASAN**

**Tema 1: Beban ekonomi dan psikologis keluarga sebagai caregiver**

### **Tema 3: Kurangnya kelengkapan penunjang pelayanan keswa**

Partisipan Pk 1 juga membenarkan kurangnya kelengkapan penunjang pelayanan keswa, bahwa setelah peraturan Permenkes No. 75 keluar keberadaan dokter spesialis jiwa dan obat-obatan yang diresepkan langsung oleh dokter spesialis jiwa sudah tidak ada lagi, berikut pernyataannya:

*Pk.1“.....Tapi sejak ada era BPJS dan dengan adanya aturan PERMENKES NO.75 tentang puskesmas semua aturan keterbatasan tentang pelayanan di FASKES TK I jadi dokter jiwa akhirnya sudah tidak ada kemudian obat-obatan apalagi resepnya yang benar benar dikeluarkan oleh dokter spesialis jiwa sudah tidak ada lagi, tapi tetep pelayanan masih tetap berjalan...obat-obatan jiwa tetap dianggarkan melalui dana APBD jadi ketersediaan obat-obatannya tetap lengkap...”*

Partisipan Pk 2 juga membenarkan bahwa kelengkapan penunjang pelayanan keswa yang berjalan yakni pelayanan non medik berupa penyuluhan, kunjungan pasien jiwa ke rumah dan rujuk balik, untuk pelatihan kader jiwa, deteksi dini konseling, terapi okupasi, program posyandu jiwa belum berjalan dengan baik

*Pk.2”.....pelayanan keswa yang rutin kami lakukan seperti penyuluhan, kunjungan pasien jiwa kerumah untuk mendata ulang kondisi pasien dan disini juga sudah melakukan pelayanan rujuk balik ke RSJ.....”*

Tema respon keluarga sebagai caregiver muncul karena 4 partisipan dari kelompok keluarga yang merupakan komponen terpenting

dalam proses pemulihan pasien gangguan jiwa. Menurut Lubkin & Larsen (2006) caregiver adalah individu yang memberikan perawatan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya. Menurut Sarafino (2006) caregiver dibagi menjadi dua yaitu caregiver formal dan informal. Caregiver formal adalah perawatan yang diberikan oleh instansi tertentu seperti rumah sakit, pusat pelayanan kesehatan, psikiater maupun tenaga profesional dibidang kesehatan dengan melakukan pembayaran. Sementara caregiver informal adalah perawatan yang diberikan tanpa melakukan pembayaran, dapat dilakukan dirumah dan dapat dilakukan oleh keluarga penderita seperti orang tua, suami ataupun istri, anak, dan anggota keluarga lain. Dalam penelitian ini partisipan K1 mengungkapkan responya selama merawat anaknya yang mengalami gangguan jiwa, berikut salah satu ungkapan pernyataannya:

*K. 1”...kalo lagi ga sadar itu mengesalkan sekali, tapi bagaimana yah kalo lagi ga stabil suka memusingkan, suka menakutkan, suka apa sedikit sedikit marah bicaranya gitu, ngomongnya kemana ajah ngelantur, suka semaunya, suka gak mau denger pendapat orang lain...yaa kondisinya beda sama orang normal kalo dibilang...trus kalo buat berobat kadang kita harus hemat ya gimana lagi bu saya Cuma janda kalo ngarepin dari uang pensiunan suami kadang ga cukup jadi saya sambil jual kue, anak saya yang bantu titip kewarung.....”*

Ketika gangguan jiwa dipandangan sebagai suatu beban sendiri bagi keluarga, maka hal itu dapat dibedakan menjadi bersifat obyektif dan subyektif. Dikatakan obyektif, maksudnya berupa tingkah laku pasien, peran pasien, bantuan untuk memenuhi kebutuhan pasien, masalah keuangan dan lain-lain.

Sedangkan beban keluarga dikatakan bersifat subyektif, maksudnya berupa perasaan pasien karena menjadi beban bagi keluarga.

Kategori respon keluarga terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa menurut Susana (2007): 1) Berduka (grief) Berduka adalah respon wajar yang paling umum terjadi sehubungan dengan adanya proses kehilangan seseorang yang awalnya dikenal sebelum sakit, untuk kemudian hilangnya harapan pada pasien, hanya masalahnya, seberapa dalam dan lamanya respon berduka ini dialami oleh keluarga, seawal mungkin perawat mampu mengidentifikasinya, sehingga keluarga maupun pasien sendiri dapat pulih dengan segera. 2) Marah (anger) Respon berikutnya ketika berduka dialami keluarga, maka akan berhadapan dengan respon kedua yaitu marah. Respon tersebut merupakan hal yang wajar namun jangan sampai perilaku tersebut membawa keluarga kedalam penderitaan yang justru semakin parah lagi. 3) Merasa tidak berdaya dan takut Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan suatu beban tersendiri. Keluarga berupaya untuk mengobati atau menyembuhkan pasien skizofrenia. Pada kenyataannya patologis gangguan jiwa itu sendiri semakin lama diderita justru semakin sulit kesembuhannya, inilah yang menyebabkan keluarga merasa tidak berdaya dan takut. Perasaan keluarga demikian, di negara kita juga didukung oleh rata-rata keadaan ekonomi yang pas-pasan bahkan kekurangan, sehingga sangat wajar, apabila tidak sedikit mereka yang terganggu jiwanya menjadi gelandangan atau keluyuran dimana-mana atau tersangkut oleh razia dinas sosial.

Harmoko (2012) menyebutkan bahwa keluarga merupakan



perkumpulan dari dua atau lebih individu yang telah diikat oleh tali perkawinan, hubungan darah serta adopsi, dan tiap individu dalam keluarga selalu berinteraksi satu sama lain. Keluarga sebagai unit yang memberikan perawatan serta pemeliharaan kesehatan terhadap anggota keluarga lain yang sakit memiliki tugas dan fungsi dalam bidang kesehatan antara lain : Mengenal masalah kesehatan pada keluarga, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat pada keluarga, melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, melakukan modifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan keluarga, memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga (Suprajitno, 2012).

Keluarga memiliki peranan penting dalam penyembuhan serta proses penyesuaian kembali penderita gangguan jiwa. Oleh karena itu, keterlibatan keluarga dalam pemberian perawatan dapat memudahkan proses pemulihan penderita gangguan jiwa (Nasir & Muhith, 2011). Keluarga adalah suatu sistem yang berisi sejumlah relasi yang berfungsi secara unik. Keluarga mempunyai peran penting dalam pembentukan pribadi *Skizofrenia*, seperti definisi tentang keluarga tersebut menegaskan bahwa keluarga adalah suatu relasi, jadi antar individu saling terhubung, dapat dipahami jika sesuatu kejadian menimpa pada salah satu anggota keluarga, dampaknya akan mengenai anggota keluarga yang lain. Ketidakharmonisan dalam keluarga diduga dapat merangsang pembentukan pribadi *Skizofrenia*, keluarga yang seharusnya menjadi rumah yang dituju malah menjadi tempat munculnya masalah dan tekanan, kebanyakan kasus yang terjadi korbannya adalah anak, anak harus menerima tekanan yang berat

dari orang tuanya, namun mental dan kesiapan diri anak yang lemah tidak dapat menerimanya, hingga dapat terbentuknya *Skizofrenia* pada anak (Arif, 2006).

Penderita *Skizofrenia* sangat membutuhkan dukungan keluarga sebagai *Caregiver*. *Caregiver* adalah individu yang secara umum merawat dan mendukung individu lain (penderita) dalam kehidupannya (Putri, 2021). Pentingnya dukungan keluarga bagi kesembuhan *Skizofrenia* sebagai *Caregiver* : *Caregiver Skizofrenia* sebanyak 68,6% adalah orang tua, 17,4% saudara, 7,4% pasangan, 4,1% anak, dan 2,5% saudara biologis lainnya. Dari penelitian tersebut bisa dikatakan keluarga salah satu faktor yang bisa menyembuhkan penderita *Skizofrenia*. Kasih sayang yang diberikan keluarga sangat berperan penting untuk kesembuhannya (Putri, 2021).

## **Tema 2: Pengetahuan perawat dalam melakukan deteksi dini Kesehatan jiwa masih kurang optimal**

Tema kurangnya pengetahuan perawat tentang program kesehatan jiwa diungkapkan sendiri oleh partisipan Pk 1 dan Pk 2 selaku perawat pemegang program kesehatan jiwa. Tema kurangnya pengetahuan perawat pemegang program kesehatan jiwa tentang deteksi dini didukung oleh penelitian Aperaningsih (2013) hasil penelitian diketahui proporsi responden berpengetahuan tidak baik yang kegiatan Perkesmasnya tidak berjalan (88,5%) berbeda jauh dengan proporsi responden yang pengetahuannya baik dan kegiatan Perkesmasnya tidak berjalan yaitu 55,6% (berbeda 33 poin). Dalam penelitian ini partisipan Pk 1 mengakui bahwa kurangnya pengetahuan perawat dalam melakukan deteksi dini pada pasien,

berikut salah satu ungkapan pernyataannya :

*Pk.1 ".....Peran ibu disini sebagai perawat puskesmas,, ibu harusnya dapat melakukan deteksi dini gangguan jiwa di dalam gedung Puskesmas harusnya tapi ibu suka lupa caranya....."*

Menurut Mangkunegara (2010) setiap karyawan atau petugas yang memiliki IQ diatas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan maka akan lebih mudah mencapai kinerja yang maksimal. Intelegensia telah sering di definisikan sebagai kemampuan untuk belajar dan menggunakan apa yang telah dipelajari dalam usaha penyesuaian diri terhadap situasi-situasi yang kurang dikenal, atau dalam pemecahan masalah, dimana fungsi intelegensi sering kali tercermin pada kemampuan pengetahuan (knowledge) seseorang.

Pengetahuan (knowledge) adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang di milikinya (mata, hidung, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2005). Lebih lanjut di jelaskan oleh (Notoatmodjo 2005) bahwa dengan sendirinya, pada waktu pengindraan sampai dengan menghasilkan pengetahuan tersebut sangat di pengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang di peroleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata). Masih banyaknya perawat yang berpengetahuan rendah dari hasil observasi peneliti hal ini di sebabkan karena kurangnya pelatihan yang diikuti oleh perawat dan kurangnya supervisi yang dilaksanakan oleh kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terhadap program Perkesmas. Untuk memotivasi perawat di Puskesmas

meningkatkan pengetahuannya dengan cara menyiapkan buku pedoman Perkesmas, pelatihan-pelatihan masalah Perkesmas, kegiatan seminar serta studi banding ke tempat Puskesmas yang sudah melaksanakan Perkesmas dengan kategori baik.

### **Tema 3: Kurangnya Kelengkapan Penunjang Pelayanan Keswa**

Tema ini diperoleh dari ungkapan 2 partisipan dari kelompok perawat pemegang program keswa yang menyatakan bahwa program kesehatan jiwa yang sudah ada belum berjalannya baik, hal ini dibuktikan dengan kelengkapan penunjang pelayanan keswa yang berjalan di Puskesmas yakni pelayanan non medik berupa penyuluhan, kunjungan pasien jiwa ke rumah dan rujuk balik, untuk pelatihan kader jiwa, deteksi dini konseling, terapi okupasi, program posyandu jiwa belum berjalan dengan baik .

Dalam mengelola permasalahan kesehatan jiwa di masyarakat, Negara memberikan tanggung jawab kepada Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial. Untuk itu dibentuklah direktorat khusus yang fokus menangani isu kesehatan jiwa, yang pada Kementerian Kesehatan di sebut Direktorat Bina Kesehatan Jiwa, sedangkan di Kementerian Sosial dinamakan Direktorat Jendral Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial yang salah satu tugasnya adalah rehabilitasi penyandang masalah kesehatan jiwa. Namun demikian, upaya pemerintah dalam upaya penanganan kesehatan jiwa hingga saat ini belum optimal, hal ini terlihat dari belum tercerminnya struktur di Kementerian Kesehatan dan Sosial tersebut di daerah-daerah. Minimnya perhatian dari beberapa daerah terhadap kesehatan jiwa ditambah belum

adanya payung hukum dalam bentuk undang-undang yang khusus untuk penanganan kesehatan jiwa membuat pelayanan kesehatan jiwa terabaikan (Simposium Kesehatan Jiwa, 2012).

Dalam penelitian ini partisipan Pk 1 dan Pk 2 mengakui bahwa pelayanan kesehatan jiwa yang sudah ada di masyarakat masih bersifat pasif, berikut salah satu ungkapan pernyataannya

*Pk.1“.....Tapi sejak ada era BPJS dan dengan adanya aturan PERMENKES NO.75 tentang puskesmas semua aturan keterbatasan tentang pelayanan di FASKES TK I jadi dokter jiwa akhirnya sudah tidak ada kemudian obat obatan apalagi resepnya yang benar benar dikeluarkan oleh dokter spesialis jiwa sudah tidak ada lagi, tapi tetep pelayanan masih tetap berjalan...obat obatan jiwa tetap dianggarkan melalui dana APBD jadi ketersediaan obat obatannya tetap lengkap...”*

*Pk.2”.....pelayanan keswa yang rutin kami lakukan seperti penyuluhan, kunjungan pasien jiwa kerumah untuk mendata ulang kondisi pasien dan disini juga sudah melakukan pelayanan rujuk balik ke RSJ.....”*

Indonesia pernah memiliki Undang-undang Nomor 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa, namun UU tersebut telah dinyatakan tidak berlaku lagi dengan hadirnya UU Nomor 23 Tahun 1992. Seiring berjalannya waktu UU Nomor 23 Tahun 1992 juga dicabut dengan adanya UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pengaturan mengenai Kesehatan Jiwa hanya diatur dengan 7 pasal pada UU Nomor 36 Tahun 2009 Bab IX. Yang menjadi sorotan adalah tidak idealnya proporsi perhatian yang yang diberikan antara kesehatan fisik dengan kesehatan psikis. Pengaturan yang ada masih sangat

berorientasi pada kesehatan fisik, masih kurang memberikan porsi pada kesehatan psikis, kesehatan jiwa.

Kurangnya perhatian dari pemerintah terhadap kesehatan jiwa berdampak pada kurangnya kebijakan-kebijakan di pemerintah yang pro kesehatan jiwa. Minimnya perhatian secara otomatis berdampak pada pendanaan yang minim, dan kurangnya tindakan nyata di tingkat akar rumput yang memperhatikan kesehatan jiwa masyarakat. Sehingga yang terjadi dilapangan adalah semakin tumbuh suburnya gangguan-gangguan jiwa yang berujung pada disabilitas masyarakat. Irmansyah (2009) secara detail telah menuliskan dampak minimnya perhatian pada kesehatan jiwa di masyarakat, yaitu: (1) Sarana dan prasarana (untuk penanganan kesehatan jiwa) yang jauh dari mencukupi. (2) Jumlah tenaga profesional dan fasilitas yang sangat sedikit. (3) Tidak efisiennya sistim yang ada sekarang, karena berpusat di rumah sakit jiwa (RSJ). (4) Tidak adanya sistim kesehatan mental yang berbasis masyarakat. (5) Kesehatan mental tidak menjadi program prioritas di puskesmas. (6) Anggaran Kementerian Kesehatan untuk kesehatan jiwa selalu dibawah 1% dan umumnya penggunaannya tidak tepat sasaran. Di Kementerian Kesehatan, organisasi yang menangani kesehatan mental hanya setingkat direktorat, berada di bawah dirjen layanan medis.

Belum terpenuhinya hak-hak penderita, padahal Hak-hak mereka dijamin dalam Deklarasi Universal Hak Azazi Manusia yang juga telah diadopsi dalam UUD 45 pasal 25H (1) yaitu, “setiap manusia mempunyai hak atas standar kehidupan yang cukup, bagi kesehatan diri sendiri dan keluarganya, yang mencakup tempat tinggal, pakaian dan pelayanan kesehatan, serta pelayanan sosial yang penting”.

Akses penderita terhadap layanan kesehatan sangat sulit, mengingat hampir semua RSJ terletak di ibukota propinsi. Bahkan masih ada provinsi yang belum mempunyai RSJ. Obat untuk penderita tidak tersedia di layanan primer, bila ada dengan jumlah yang sangat sedikit dan sangat ketinggalan jaman. Kualitas dan kuantitas layanan di rumah sakit jiwa sangat tidak mencukupi.

Obat dengan kualitas yang buruk. Jenis layanan lain yang direkomendasikan WHO umumnya tidak tersedia. Electro Convulsive Therapy masih menggunakan cara-cara kuno yang tidak manusiawi. Isolasi pasien masih menggunakan caracara ikatan di tempat tidur yang tradisional. Jumlah pegawai yang kurang membuat banyak RSJ mengunci penderita diruangnya sebelum jam 5 sore, mengabaikan hak-hak pasien untuk menikmati kehidupan yang normal. Tidak ada program jangkauan layanan ke masyarakat membuat banyak pasien yang kambuh hanya beberapa saat setelah kepulangan dari RSJ. Program edukasi dan promosi yang tidak pernah ada. Apalagi program pencegahan, sama sekali tidak pernah terdengar.

### KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai the lived experience by supportive environment in every stage of recovery survivorschizophrenia in west kalimantan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat 3 tema yang muncul, yaitu: 1) beban ekonomi dan psikologis keluarga sebagai caregiver, 2) kurangnya pengetahuan perawat dalam melakukan deteksi dini kesehatan jiwa dan 3) kurangnya kelengkapan penunjang pelayanan keswa di puskesmas.

### Acknowledgment

Dalam kesempatan ini peneliti mengucapkan puji syukur yang tak terhingga kepada Allah SWT, karena atas hidayah dan izin-Nya peneliti dapat menyelesaikan penelitian tepat pada waktunya. Peneliti Saya juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada : Tim Peneliti Utama, STIKes Yarsi Pontianak, Puskesmas Sui Durian dan Puskesmas Perum II yang telah bersedia menjadi lokasi penelitian, dan Dana Hibah RISTEK-BIRN Tahun 2021 yang telah diberikan.

### DAFTAR PUSTAKA

- A.A. Anwar Prabu Mangkunegara. (2010). *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Amperaningsih, Y., & Agustanti, D. (2013). Kinerja perawat dalam pelaksanaan perkesmas. *Jurnal Kesehatan*, 4(1), 5-9.
- Anggreini, D., Zainuri, I., & Khotidjah, S. (2022). *Studi Kasus Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran Pada Klien Skizofrenia Hebefrenik Di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang* (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Bina Sehat).
- Arif, I. S. (2006). *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Refika Aditama.
- Castelein, S., Bruggeman, R., Davidson, L., & Gaag, M. V. D. (2015). Creating a supportive environment: Peer support groups for psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1211-1213.
- Freeman, M. (2016). *Modes of thinking for qualitative data analysis*. Routledge.
- Giorgi, A. (2011). *IPA And Science: A Response To Jonathan Smith*.

- Journal Of Phenomenological Psychology.
- Harmoko.(2012).AsuhanKeperawatan Keluarga. Penerbit: pustaka Pelajar. Yogyakarta
- Irmansyah,I.,Prasetyo,Y.A., & Minas, H. (2009). Human rights of personswithmentalillnessinIndonesia:morethanlegislationisneeded.Internationaljournalomentalhealthsystems,3(1),1-10.
- Khoirudin,A.(2021). *MenemukanMaknaHidup*.CVJejak(JejakPublisher).
- Kurniawan,A.,Khotidjah,S., & Akbar, A.(2022). *StudiKasusGangguan PersepsiSensori:HalusinasiPendengaranPadaKlienSkizofreniaHebefrenikMenggunakanTerapi Okupasi Di Rsj Dr. Radjiman WediodiningratLawang* (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Bina Sehat).
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (Eds.). (2006). *Chronic illness: Impact and interventions*. Jones & Bartlett Learning.
- MacNeil, C., & Mead, S. (2005). Peer support: A systemic approach. Dostopnona:www.mentalhealthpeers.com/pdfs/PeerSupportSystemicApproach.pdf14,8,2011.
- Nasir abdul & Muhith abdul (2011) Dasar-dasar keperawatan jiwa. Jakarta, Salemba Medika, 2011
- Notoatmodjo,Soekidjo.(2005).PromosiKesehatan:TeoridanAplikasi . Jakarta :PT. Rineka Cipta.
- Polit&Beck,(2008). Nursing Research :GeneratingAndAsesingEvidence For Nursing Practice. Eight Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Pongdatu, M., Suzanna, S., Yati, M., Armayani, A., Antari, I., Novia, K., ... & Fauziah, S. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa.
- Putri, N. M. W. J. W., Parastan, R. H., Dyatmika, I. K. W. P., & Lesmana, C. B. J. (2021). Coaching Caregiver: Aplikasi Telehealth Berbasis Edukasi danKonsultasiKepadaCaregiver PasienSkizofrenia. *JIMKI:Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 8(3), 111-119.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2006). *Healthpsychology,biopsychosocial interactions*. John willey & sons. Inc, New York.
- Setiadi, G., & Jiwo, M. T. (2014). *Pemulihan Gangguan Jiwa: Pedoman Bagi Penderita, Keluarga Dan Relawan Jiwa*. Pusat Pemulihan Dan Pelatihan Gangguan Jiwa.
- Simposium Kesehatan Jiwa, (2012)
- Siti, K., & Amar, A. (2022). *Studi Kasus Gangguan Persepsi Sensori:HalusinasiPendengaran Pada Klien Skizofrenia HebefrenikMenggunakanTerapiOkupasiDiRsjDr.RadjimanWediodiningratLawang* (Doctoraldissertation,PerpustakaanUniversitasBinaSehatPPNIMojokerto).
- Slade, M. (2015). 100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals. Rethinkrecoveryseries: volume 1, London: Rethink. 2012.
- Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter,D.R.(2011).Qualitative researchinnursing:Advancing the humanistic imperative. Lippincott Williams & Wilkins.
- Suprajitno.(2012).AsuhanKeperawatan Keluarga. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Suryani.(2018).RecoverypadaSkizofrenia. Bandung: Unpad Press
- Susana, S. A. dkk. (2007). *Terapi Modalitas, Dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: PT. Mitra Cendekia
- Undang-undang Nomor 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa
- UU Nomor 23 Tahun 1992
- UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan